

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 60

---

Travail de la Clinique Ophtalmologique  
du Professeur E. Rollet

---

La Céphalée  
dans le  
Syndrome de l'Apex Orbitaire

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 23 Novembre 1932*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François GONTIER

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

*Diplômé de Bactériologie*

Né le 14 Mars 1908, à TOULOUSE (Hte-Garonne)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

---

1932



**LA CÉPHALÉE DANS LE SYNDROME  
DE L'APEX ORBITAIRE**



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 60

---

Travail de la Clinique Ophtalmologique  
du Professeur E. Rollet

---

La Céphalée  
dans le  
Syndrome de l'Apex Orbitaire

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 23 Novembre 1932*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François GONTIER

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

*Diplômé de Bactériologie*

Né le 14 Mars 1908, à TOULOUSE (Hte-Garonne)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—  
1932

# PERSONNEL DE LA FACULTE

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| Doyen honoraire ..... | M. L. HUGOUNENQ |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE    |
| Assesseur .....       | M. X...         |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

## PROFESSEURS

|                                                           |                                       |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Cliniques médicales .....                                 | MM. PIC<br>PAVIOT                     |
| Cliniques chirurgicales .....                             | TIXIER<br>BERARD                      |
| Clinique obstétricale et Accouchements .....              | VORON                                 |
| Clinique ophtalmologique .....                            | X. BONNET, agrégé.<br>chargé de cours |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....     | NICOLAS                               |
| Clinique neurologique et psychiatrique .....              | LEPINE (J.)                           |
| Clinique des maladies des enfants .....                   | MOURIQUAND                            |
| Clinique des maladies des femmes .....                    | VILLARD                               |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                   | COLLET                                |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....           | GAYET                                 |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie .....      | NOVE-JOSSERAND                        |
| Clinique et prophylaxie de la tuberculose .....           | COURMONT                              |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie .....   | CLUZET                                |
| Chimie biologique et médicale .....                       | FLORENCE                              |
| Chimie organique et Toxicologie .....                     | MOREL                                 |
| Matière médicale et Botanique .....                       | MANCEAU                               |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....        | GUIART                                |
| Anatomie .....                                            | IATARJET                              |
| Histologie .....                                          | POLICARD                              |
| Physiologie .....                                         | DOYON                                 |
| Pathologie externe .....                                  | LERICHE                               |
| Pathologie interne .....                                  | FROMENT                               |
| Pathologie et Thérapeutique générales .....               | CADE                                  |
| Anatomie pathologique .....                               | FAVRE                                 |
| Chirurgie opératoire .....                                | PATEL                                 |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie ..... | ARLOING (F.)                          |
| Médecine légale .....                                     | Etienné MARTIN                        |
| Hygiène .....                                             | ROCHAIX                               |
| Thérapeutique .....                                       | SAVY                                  |
| Pharmacie et Pharmacologie .....                          | LEULIER                               |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....            | PIERY                                 |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                                         |                 |
|---------------------------------------------------------|-----------------|
| Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie ..... | MM. CONDAMIN    |
| Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale .....  | THEVENOT (Léon) |
| Chargé d'un cours d'Embryologie .....                   | NOEL            |

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Chirurgie expérimentale ..... | MM. TAVERNIER |
| Stomatologie .....            | PONT          |

## AGREGES

|                  |                 |             |               |
|------------------|-----------------|-------------|---------------|
| MM.              | MM.             | MM.         | MM.           |
| NOGIER           | DUFOURT         | DECHAUME    | MORENAS       |
| RHENTER          | DEVIC           | BERNHEIM    | REBATTU Ch.   |
| MAZEL            | GABRIELLE       | POLLOSSON   | REVOL Ch.     |
| SANTY            | MARTIN (Joseph) | CHAMBRON    | ENSELME Ch.   |
| CHALIER (André)  | ROCHET (Ph.)    | CIBERT      | SEDALLIAN Ch. |
| CHALIER (Joseph) | WERTHEIMER      | EPARVIER    |               |
| DUMAS            | GATE            | GUILLEMINET |               |

## EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président ; BONNET, assesseur ;  
SANTY et CIBERT

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS DISPARUS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

C'est à eux que je dédie ce modeste travail, faible témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance infinie.

A MA FEMME ET A MA FILLE MONIQUE

A MA BELLE-MÈRE

A MON BEAU-PÈRE LE DOCTEUR LAURENT

Mon meilleur guide et mon meilleur exemple.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE ROLLET

*Professeur de Clinique Ophtalmologique  
de la Faculté de Médecine de Lyon  
Chirurgien des Hôpitaux*

*Membre correspondant de l'Académie de Médecine  
Officier de la Légion d'honneur*

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette étude. Sa bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie et il nous fait le grand honneur de présider notre thèse. Nous sommes heureux, en ce jour, de lui témoigner notre reconnaissance.

**A MONSIEUR LE DOCTEUR J. ROLLET**

*Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Lyon*

Il nous a dirigé avec la plus grande  
patience dans la rédaction de cette  
thèse.

Nous l'en remercions bien sincère-  
ment.

**A MES JUGES**

A MES ANCIENS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DES HÔPITAUX DE TOULOUSE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DES HÔPITAUX DE LYON

A MES MAÎTRES  
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE  
ET DE L'HÔPITAL MILITAIRE DESGENETTES

# LA CÉPHALÉE DANS LE SYNDROME DE L'APEX ORBITAIRE

---

## INTRODUCTION

Depuis un certain nombre d'années, un syndrome ophtalmoplégique particulier a été individualisé.

M. le Professeur Rollet lui a donné le nom de syndrome de l'apex orbitaire.

Il semble que la céphalée, qui est un des symptômes de cette affection, ait été laissée un peu au second plan par les différents ophtalmologistes qui ont étudié la question.

M. le Professeur Henri Roger s'exprime en ces termes :

« D'après l'opinion classique, la caractéristique même de ces syndromes est l'absence habituelle des phénomènes douloureux. Mais les classiques ce sont, jusqu'ici, les ophtalmologistes qui voient surtout une catégorie particulière de malades, ceux chez lesquels les paralysies oculaires occupent surtout la scène. Nous, neurologistes, voyons certainement d'autres malades ; ceux qui, souffrant parfois horriblement, demandent beaucoup plus à être délivrés de leurs algies, que de leur ophtalmoplégie. Et, c'est pourquoi,

dans les cas que nous avons observés, la céphalée était au premier plan. »

Ce jugement est sans doute trop rigoureux, car les ophtalmologistes ont le plus souvent rapporté la céphalée dans leurs observations ; il nous a paru cependant intéressant de traiter ce sujet, pour donner à la céphalée la place d'honneur qu'elle mérite, au milieu des autres symptômes du syndrome de l'apex orbitaire.

C'est pourquoi, pour mener à bien cette tâche, nous avons, après un aperçu général sur le syndrome et sur l'anatomie de l'apex orbitaire, envisagé successivement la céphalée et son mécanisme ; les caractères de la céphalée ; son importance pour le diagnostic positif, différentiel et étiologique du syndrome de l'apex ; nous avons terminé par un chapitre sur les indications thérapeutiques et par le relevé d'un certain nombre d'observations.

## CHAPITRE PREMIER

### **Le syndrome de l'apex orbitaire Son étiologie**

Le syndrome de l'apex orbitaire, bien décrit par M. le Professeur Rollet et ses élèves, est donné par l'extension au trou optique des lésions constituant le syndrome de la fente sphénoïdale.

Le syndrome de l'apex orbitaire est dû à une lésion se développant sur le pourtour de la fente sphénoïdale et envahissant le canal optique.

Les symptômes sont caractérisés par des troubles des nerfs moteurs, par des troubles sensitifs, par des troubles de la circulation veineuse, par des troubles sympathiques, de l'exophtalmie et des troubles sensoriels.

#### **TROUBLES DES NERFS MOTEURS**

1° Paralysie du moteur oculaire commun amenant la chute de la paupière supérieure ou ptosis, la déviation de l'œil en dehors par l'action du droit externe et légèrement en bas par l'action du grand oblique ; il y a aussi paralysie de la musculature intrinsèque.

La pupille est en mydriase et ne réagit plus ni à la lumière ni à la convergence. La paralysie du muscle ciliaire, et par suite, de l'accommodation se manifeste par la perte de la faculté de voir les objets rapprochés.

2° Paralysie du moteur oculaire externe. Il y a diminution des mouvements du globe oculaire et déviation de ce dernier en dedans (strabisme interne).

3° Paralysie du pathétique.

Le pathétique innerve le muscle grand oblique. Lorsque la paralysie est accentuée, le globe oculaire se dévie en haut et en dedans.

## TROUBLES SENSITIFS

Il y a paralysie du nerf ophtalmique.

On a tous les degrés, quant aux troubles sensitifs, depuis la simple hypoesthésie jusqu'à l'anesthésie complète. Il y a anesthésie ou hypoesthésie de la région frontale, de la région intersourcilière, de la peau de la racine du nez, de la paupière supérieure et du lobule du nez. La cornée, les conjonctives bulbaire et palpébrale sont également insensibles.

## TROUBLES DE LA CIRCULATION VEINEUSE

Sauvigneau admet qu'il y a compression veineuse et que cette dernière se traduit par de la céphalée et de l'œdème de la paupière supérieure. Nous verrons que la céphalée a une tout autre cause ; quant à

l'œdème, nous ne l'avons vu signalé dans aucune observation.

M. le Professeur Rollet explique anatomiquement cette absence d'œdème. Il s'exprime ainsi : « La veine ophtalmique supérieure s'anastomose avec la veine angulaire, établissant une communication entre le système veineux de l'orbite et celui de la face. Grâce au système valvulaire, le sang veineux de l'orbite peut se déverser dans la face mais pas inversement. De même pour la veine ophtalmique inférieure, qui s'anastomose avec le plexus pterygoïdien à travers la fente sphéno-maxillaire, ce plexus étant en communication avec le sinus caverneux par la grosse veine du trou ovale.

#### TRoubles SENSORIELS

L'atteinte du nerf optique se traduit par l'amblyopie ou de l'amaurose.

#### TRoubles SYMPATHIQUES

Les troubles sympathiques sont difficiles à mettre en évidence : dilatation pupillaire, léger ptosis, action légère et passagère sur les vaisseaux de la rétine et la conjonctive, enfin sur le tonus et la sécrétion lacrymale. Tous ces signes sont en général noyés dans les gros symptômes précédents.

## EXOPHTALMIE

Le plus souvent tardive, très rarement un signe de début.

A côté de tous ces symptômes se place la céphalée qui fait l'objet de notre travail.

### Etiologie du syndrome de l'apex orbitaire

Le syndrome de l'apex orbitaire reconnaît pour son étiologie, à côté de facteurs assez rares (actinomycose, etc.), trois causes principales : le traumatisme, la syphilis, le cancer.

#### LE TRAUMATISME

Le traumatisme peut agir de deux façons soit directement, soit indirectement. Le traumatisme direct est réalisé par des agents vulnérants portant leur action au sommet même de la pyramide orbitaire.

Les lésions de cause indirecte sont plus fréquentes.

Le traumatisme dans ce cas peut provoquer une ophtalmoplégie par deux mécanismes pouvant agir soit isolément, soit simultanément :

#### *1° Fracture des parois orbitaires*

Ces fractures peuvent être produites par un traumatisme exercé sur l'arcade sourcilière ; il y a irradiation jusqu'au sommet du cône orbitaire. Le choc

peut également porter sur la région temporale et les points de moindre résistance : canal optique et fente sphénoïdale peuvent se fracturer. Les traumatismes de la région sous-orbitaire peuvent également intervenir.

### *2° Epanchement sanguin intra-orbitaire*

Les observations, où un hématome intra-orbitaire, seul, ait produit une ophtalmoplégie totale sont excessivement rares ; en général l'hématome est associé à une fracture.

## LA SYPHILIS

Le processus morbide syphilitique produisant le syndrome de l'apex orbitaire semble pouvoir répondre à trois sortes de lésions (hypotheses formulées par Mettetal).

*1° Périostite ou périostose de la fente sphénoïdale.*

*2° Scléro-gomme du tissu cellulaire du fond de l'orbite.*

*3° La méningite circonscrite.*

La syphilis de l'apex orbitaire s'observe chez des individus jeunes en général, de 20 à 40 ans ; quelques observations du service de M. le Professeur Rollet ont trait à des sujets ayant dépassé la cinquantaine.

Le syndrome apparaît six, dix, douze ans après l'accident initial, il s'agit donc d'une manifestation tertiaire de la syphilis.

## LE CANCER

Les tumeurs malignes sont les seules susceptibles de comprimer les nerfs au niveau de l'apex ; une tumeur bénigne, encapsulée, aura tendance à s'extérioriser et provoquera une exophtalmie intense avec relativement peu de paralysie.

Ces cancers peuvent être primitifs ou secondaires, et se développer, soit au niveau de l'os ou du périoste (cas le plus fréquent), soit dans les parties molles (cas plus rares).

Les métastases au niveau de l'apex sont tributaires, ou bien des cancers du voisinage : sarcomes du nasopharynx, maxillaire supérieur, ethmoïde, etc., ou bien des cancers éloignés : néos du rein, du sein, des os, etc.

## CHAPITRE II

### Anatomie de l'apex orbitaire

Le sommet de l'orbite est tronqué. Il présente un orifice, le trou optique, et une fente, la fente sphénoïdale, par lesquels passent les vaisseaux et les nerfs qui vont de la cavité crânienne à l'orbite, ou, vice-versa, se rendent de l'orbite dans la cavité crânienne.

Le sommet véritable de l'orbite correspond, non au trou optique, mais à la portion la plus interne et la plus large de la fente sphénoïdale.

#### TROU ET CANAL OPTIQUES

Le trou optique, situé sur le bord supérieur de la face interne de l'orbite, est l'orifice antérieur d'un véritable canal, long de 5 à 8 millimètres, large de 4 millimètres en moyenne, qui s'ouvre, d'une part dans l'orbite, d'autre part dans la cavité crânienne. Le canal optique est percé dans la petite aile du sphénoïde. Il livre passage au nerf optique et à l'artère ophtalmique.

Le nerf optique est constitué par des fibres nerveuses qui naissent des cellules ganglionnaires de la ré-

tine. Toutes les fibres convergent vers la papille optique, traversent la choroïde et la sclérotique, et constituent, à leur émergence du globe oculaire, un volumineux cordon arrondi qui est le nerf optique.

Le nerf chemine dans la cavité orbitaire puis arrive au sommet de l'orbite ; là, il est entouré par les origines des muscles droits de l'œil, puis il pénètre dans le canal optique. Dans ce canal, le nerf optique adhère aux parois du canal par l'intermédiaire de sa gaine dure-mérienne. L'artère ophtalmique longe la partie externe de sa face inférieure. Le nerf passe ensuite dans la cavité crânienne, il s'aplatit peu à peu de haut en bas jusqu'au chiasma.

L'artère ophtalmique destinée à l'œil et à ses dépendances est remarquable par son volume et surtout le nombre de ses rameaux. Elle naît de la carotide interne, s'engage immédiatement dans le trou optique en dehors et au-dessous du nerf. Elle pénètre dans l'orbite, entre le nerf moteur externe et le muscle de même nom. Elle suit d'arrière en avant le bord inférieur du grand oblique et gagne ainsi la base de l'orbite où elle se termine en se bifurquant.

Elle fournit un assez grand nombre de branches : 1° celles destinées au globe de l'œil : rétinienes, ciliaires courtes ou choroïdiennes, ciliaires moyennes ou longues, et ciliaires antérieures ; 2° celles qui se distribuent aux parties contenues dans la cavité orbitaire, artères lacrymales et musculaires ; 3° celles qui sont extérieures à la cavité orbitaire : artère palpébrale, sus-orbitaire, ethmoïdale, frontale et nasale.

### FENTE SPHÉNOÏDALE

Cette fente que délimitent entre elles la grande et la petite aile du sphénoïde, se trouve située en dehors du trou optique. Elle a la forme d'une virgule dont la grosse extrémité serait inférieure et interne. Elle n'est séparée du canal optique que par une mince lamelle osseuse. La fente sphénoïdale, ainsi constituée, est tapissée par des formations qui, de toutes parts, viennent lui faire une sorte de capitonnage.

Une lame fibreuse, doublée en arrière par la dure-mère comble la partie la plus étroite de la fente sphénoïdale; l'anneau de Zinn divise cette dernière en trois portions que l'on distingue comme suit ; une portion située en dehors de l'anneau, une portion répondant à l'anneau lui-même, une portion située au-dessous.

1° Dans la première portion on rencontre en allant du dehors en dedans, les deux nerfs lacrymal et frontal et le pathétique.

2° Au niveau de l'anneau de Zinn, portion la plus large de la fente, on trouve en allant de haut en bas : la branche supérieure du moteur oculaire commun ; au-dessous et un peu en dehors de cette branche le nerf nasal ; au-dessous de ce dernier la branche inférieure du moteur oculaire commun ; en dehors de cette branche nerveuse, le moteur oculaire externe, enfin la veine ophtalmique supérieure.

3° Au-dessous de l'anneau de Zinn on rencontre la veine ophtalmique inférieure.

### *Le nerf lacrymal*

est, en même temps que le nerf nasal et frontal, une des branches de l'ophtalmique de Willis (nerf exclusivement sensitif, branche du trijumeau).

Il traverse la fente sphénoïdale immédiatement en dehors du nerf frontal. Il se porte en avant et en dehors, le long du bord supérieur du droit externe. Dans ce trajet le nerf est d'abord appliqué sur la membrane fibreuse de la fente sphénoïdale, puis sur le périoste orbitaire. Il se ramifie dans la glande et dans la partie externe de la paupière supérieure. Le nerf lacrymal s'anastomose en arrière avec le pathétique, en avant avec le rameau orbitaire du nerf maxillaire supérieur.

### *Le nerf frontal*

pénètre dans l'orbite par la partie interne, large, de la fente sphénoïdale, en dehors de l'anneau de Zinn et du pathétique, en dedans du lacrymal. Il chemine d'arrière en avant, entre le releveur de la paupière supérieure et la voûte orbitaire et se divise, un peu en arrière du rebord supérieur de l'orbite, en deux rameaux, le frontal externe et le frontal interne.

Le frontal externe ou nerf sus-orbitaire sort de l'orbite par l'échancrure sus-orbitaire.

Le frontal interne croise le rebord orbitaire en dedans du précédent et en dehors de la poulie du grand oblique. Ces deux rameaux se distribuent aux téguments du front, de la paupière supérieure et de la racine du nez.

Le nerf frontal s'anastomose dans l'orbite avec le nerf nasal externe, par un rameau sus-trochléaire, ainsi appelé parce qu'il passe au-dessus de la poulie du grand oblique.

### *Le nerf nasal*

pénètre dans l'orbite, en passant dans l'anneau de Zinn. Il passe au-dessus du nerf optique en le croisant, et accompagne l'artère ophtalmique le long du bord inférieur du grand oblique jusqu'au conduit ethmoïdal antérieur. Le nerf se divise à ce niveau en deux branches terminales : le nasal interne et le nasal externe.

Au cours de son trajet le nerf nasal donne des branches collatérales : 1° un rameau au ganglion ophtalmique, c'est la racine sensitive de ce ganglion ; 2° les nerfs ciliaires longs ; 3° le filet sphéno-ethmoïdal qui se distribue aux cellules ethmoïdales postérieures et au sinus sphénoïdal.

Les branches terminales sont, nous venons de le voir, le nasal externe et le nasal interne. Le nasal interne accompagne l'artère ethmoïdale et parcourt avec elle d'abord le conduit ethmoïdal antérieur, ensuite le sillon ethmoïdal qui le conduit au trou ethmoïdal. Il pénètre par cet orifice dans les fosses nasales où il se divise en deux filets : l'un interne, l'autre externe. Le rameau interne se ramifie dans la partie antérieure de la cloison. Le rameau externe ou naso-lobaire descend dans une gouttière de la face postérieure de l'os propre du nez, contourne le bord inférieur de cet os et se termine dans la peau du lobule du nez.

Le nasal externe continue le trajet du nerf nasal et longe, avec l'artère ophtalmique, le bord inférieur du grand oblique. Arrivé au-dessous de la poulie du grand oblique, le nasal externe se divise en filets ascendants pour la peau de l'espace intersourcilier, et en filets descendants destinés aux voies lacrymales et aux téguments de la racine du nez.

### *Le nerf pathétique*

est exclusivement moteur et innerve uniquement le muscle grand oblique de l'œil. Dans la fente sphénoïdale il est dans la partie interne large de cette fente, en dehors de l'anneau de Zinn, et en dedans du nerf frontal. Il reçoit deux anastomoses, l'une du plexus sympathique péricarotidien, l'autre de l'ophtalmique.

### *Le nerf moteur oculaire commun*

est exclusivement moteur. Il innerve tous les muscles de la cavité orbitaire sauf deux, le grand oblique et le droit externe. Il se divise en traversant l'extrémité large de la fente sphénoïdale en deux branches terminales qui pénètrent dans la cavité orbitaire en passant dans l'anneau de Zinn. Ces deux branches se distinguent en supérieure et en inférieure. La branche supérieure pénètre par un de ses rameaux dans la partie postérieure de la face profonde du droit supérieur; l'autre de ses rameaux se perd dans le releveur. La branche inférieure se divise en trois rameaux, un pour le droit inférieur, l'autre pour le droit interne, et le troisième pour le petit oblique.

Dans la paroi du sinus caverneux le moteur oculaire commun s'anastomose avec l'ophtalmique et avec le plexus sympathique péricarotidien.

### *Le nerf moteur oculaire externe*

innerve un seul muscle de l'œil, le droit externe. Il est exclusivement moteur. De son origine apparente le moteur oculaire externe se porte en avant, en dehors et en haut, pénètre dans le sinus caverneux qu'il parcourt d'arrière en avant, et s'engage dans l'orbite par la fente sphénoïdale. Il passe dans l'anneau de Zinn et se perd dans le muscle droit externe, près de l'extrémité postérieure de ce muscle. Il s'anastomose avec le plexus sympathique péricarotidien.

### *Les veines ophtalmiques*

amènent au sinus caverneux le sang veineux de la cavité orbitaire ; au nombre de deux pour chaque orbite, on les distingue en veines ophtalmiques supérieures et inférieures. La veine ophtalmique supérieure commence à l'angle interne de l'œil par plusieurs veinules dont l'une est en continuité avec la veine angulaire. Elle se porte en arrière et en dehors, passe au-dessous du droit supérieur et au-dessus du nerf optique. Elle arrive ainsi à la partie interne, large, de la fente sphénoïdale, qu'elle traverse en dehors de l'anneau de Zinn et se jette dans le sinus caverneux. La veine ophtalmique inférieure naît sur la partie antéro-interne du plancher de l'orbite par quelques veinules provenant des voies lacrymales et des pau-

pières. Elle se dirige en arrière et en dehors. Elle passe au-dessus du droit inférieur et au-dessous du globe oculaire et du nerf optique. Elle se jette au sommet de l'orbite dans la veine ophtalmique supérieure, ou bien traverse la fente sphénoïdale au-dessous et en dehors de l'anneau de Zinn et finit à l'extrémité antérieure du sinus caverneux. Ces veines sont avalvulaires.

### *Le ganglion ophtalmique*

est un organe d'origine sympathique. Il est situé sur un plan beaucoup plus antérieur que la fente sphénoïdale, mais, comme nous l'avons déjà vu, deux de ses racines, le nerf moteur oculaire commun et le nerf nasal, sont, par leur origine, en rapport avec la fente sphénoïdale. Il en sera de même pour la troisième racine, la racine sympathique. Elle vient de la partie antérieure du sinus caverneux et arrive dans l'orbite en passant par l'anneau de Zinn. Les rameaux afférents du ganglion ophtalmique ou nerfs ciliaires, vont se distribuer au segment antérieur du globe oculaire.

## CHAPITRE III

### La céphalée Définition et mécanisme

La définition de la céphalée a été précisée par de nombreux auteurs. On ne saurait donner comme équivalent de ce terme, ce qu'en langage courant, les malades appellent « maux de tête ». En effet, avec ce dernier vocable on engloberait dans la céphalée, la migraine, la névralgie, etc.

Le Docteur Sargnon définit ainsi la céphalée :

« La céphalée, c'est le mal de tête plus ou moins profond, à siège variable, affectant une allure aiguë, subaiguë ou chronique. »

Tissot, en 1840, établissait une différence entre la céphalalgie et la céphalée ; en réalité, la céphalalgie est une céphalée atténuée ; il n'y a entre ces deux symptômes qu'une différence de degré.

Pasteur Valléry-Radot précise les caractères de la migraine : « Il n'y a lieu, dit-il, de n'appeler migraine, que ce syndrome céphalalgique, généralement hémicranique, survenant par crises, s'accompagnant de photophobie, vertige, nausées, vomissements et manifestations vaso-motrices. La crise terminée, aucune

séquelle ne persiste, le sujet retrouve une intégrité absolue jusqu'à la crise suivante ».

On peut différencier la céphalée de la névralgie qui a un caractère essentiellement aigu, par crises très douloureuses, localisées sur un nerf périphérique ou sur un tronc. Le type est la rage de dents ou névralgie dentaire du trijumeau.

Tissot faisait également le diagnostic entre le clou et l'œuf, ainsi désignés d'après l'aire suivant laquelle la douleur se circonscrit. Ces affections sont un mal, sans siège bien fixe, plutôt occipital que frontal ou temporal, qui n'atteint guère que les femmes hystériques ou les « hommes hypocondres ».

Dans le cas qui nous occupe, la céphalée est due à une épine irritative (tumeur, traumatisme, ostéopériostite syphilitique) qui intervient surtout par l'atteinte directe des voies sensitives, qu'il s'agisse de compression tumorale ou de lésion inflammatoire.

On ne peut être de l'avis de Sauvineau qui déclare que la céphalée du syndrome de l'apex est due à une compression des veines, qui se traduirait à la fois par ce premier symptôme et par de l'œdème de la paupière supérieure. Nous avons vu dans un précédent chapitre la fréquente inexistence de l'œdème, fait anatomiquement expliqué par le Professeur Rollet.

Le mécanisme de la douleur céphalique peut se réduire schématiquement à une action réflexe où trois éléments entrent en jeu :

1° *un point d'impression ;*

2° *un centre percepteur ;*

3° *un conducteur reliant le point d'impression au centre d'excitation.*

Toute excitation nerveuse, du fait de sa nature et de son intensité, est susceptible de déterminer des phénomènes douloureux.

Parmi toutes ces excitations possibles, quelles sont celles qui sont susceptibles de nous intéresser.

La place la plus importante doit être réservée à la compression.

Nous ne saurions être cependant aussi absolus que MM. Cauvy et Ménard qui s'expriment ainsi : « Que le nerf ou le tissu nerveux, soit directement irrité ou impressionné, et qu'il devienne ainsi lui-même, le siège d'une hyperémie vasculaire, d'une congestion œdémateuse, ou bien qu'il subisse l'influence de réactions d'inflammation ou phlegmasies diverses, se produisant dans son voisinage ou à distance, le mécanisme quoique différent aboutit au même résultat : la compression. On a même soutenu que cette dernière était toujours à la base de la douleur, et que des phénomènes dits d'élongation, de distension, de torsion, ou bien encore des modifications de l'état physique et chimique du milieu intérieur, ne seraient en somme que des variétés de compression ».

La compression est le phénomène essentiel ; l'inflammation agit également; enfin on pourrait se demander si dans les faits particuliers que nous étudions, des excitations chimiques n'entreraient pas en ligne de compte dans la pathogénie de la céphalée; nous voulons parler de substances toxiques d'origine infectieuse (syphilis) ou de nature tumorale (cancer).

C'est un point de vue que nous tenons à marquer ici, mais que nous ne discuterons pas ; ce serait mettre en cause le mécanisme physiopathologique des manifestations syphilitiques ou néoplasiques.

Que nous ayons affaire à des excitants mécaniques (compression), à des excitations d'origine inflammatoire, ou à des excitants chimiques (substances toxiques), ils sont incapables d'expliquer complètement le mécanisme physiologique.

Comme l'a dit Leriche, l'excitation sensitive n'est jamais que la première partie d'un réflexe. C'est le cerveau, dans sa corticalité, qui est le siège du phénomène de la perception, sous l'influence d'une excitation, dont l'action lui est transmise par les nerfs périphériques. L'impression reçue est transformée en sensation. La douleur est le type des sensations générales qui nous avertissent seulement des modifications que subissent nos organes, sans donner des renseignements précis sur la nature des agents qui amènent ces modifications.

La douleur présente une acuité plus ou moins forte, non seulement en raison de l'étendue de l'irritation et de la nature de l'excitant, mais encore en raison des individualités représentées par le terrain organique, car chaque sujet réagit et souffre à sa manière, suivant son hérédité, son âge, son état humoral, et surtout ses réactions neuro-végétatives.

Dans certains cas, la persistance de la douleur, des poussées paroxystiques répétées font que quelquefois un appoint psychique, qui peut même finir par dominer l'élément physique, accompagne la douleur.

Par conséquent, comme le disent Cauvy et Ménard, si le mécanisme de la douleur peut être schématiquement ramené à un simple réflexe où trois éléments entrent en jeu, il est permis d'ajouter que, du point de vue biopathologique, la douleur est un phénomène complexe, sous lequel des personnes très différentes peuvent faire entendre des sons très divers. Elle est en définitive un cri de la nature inhérente à chaque individu, dénonçant la rupture de l'équilibre organique, d'où il résulte que là, peut-être plus qu'ailleurs, le terrain joue un rôle des plus importants.



## CHAPITRE IV

### Caractères de la céphalée dans le syndrome de l'apex ordinaire

#### I. — *Constance de la céphalée*

La céphalée dans le syndrome de l'apex orbitaire est un symptôme important comme nous le verrons ultérieurement. Est-ce à dire que ce soit un symptôme absolument constant ? Il semble que oui, mais cette céphalée se présente à des degrés variables.

M. le Docteur Déjean, dans une étude consacrée aux syndromes paralytiques du sommet de l'orbite, mentionne la douleur dans toutes ses observations et termine en ces termes : « Concluons qu'elle est un symptôme fréquent, mais très accentué dans le cas de tumeur maligne ».

Déjà en 1892, Sauvinau écrivait : « En même temps, la compression qui porte, non seulement sur les nerfs moteurs, mais sur la branche ophtalmique, et aussi sur la veine ophtalmique, peut produire un œdème plus ou moins considérable de la paupière su-

périeure, du chémosis, des douleurs térébrantes dans le fond de l'orbite, une douleur intense ».

Boudin, dans sa thèse sur les corps étrangers de l'orbite, dit : « Le filet sensitif peut au contraire conserver sa conductibilité, s'il n'a pas été sectionné, mais il peut être comprimé ou excité par la proche présence du corps étranger; et, dans ces cas, loin d'avoir des phénomènes d'anesthésie, le malade souffrira de névralgies tenaces et souvent très accusées. Il suffira pour guérir ces névralgies d'enlever la cause, alors qu'ont échoué tous les traitements usités pour des douleurs semblables ».

Garnier indique à propos du « syndrome de l'apex orbitaire d'origine traumatique » que la douleur n'existe pas toujours. Il va même jusqu'à se servir de ce symptôme pour établir un diagnostic étiologique. En particulier, résumant une observation, il s'exprime en ces termes : « Le diagnostic doit se poser de syphilis ou de corps étranger de l'orbite. Les céphalées nocturnes, etc., sont en faveur de la première idée ». Nous verrons dans un autre chapitre quelle est notre opinion à ce sujet.

Mettetal (Syndrome syphilitique de l'apex orbitaire) écrit : « Un des premiers symptômes que nous retrouvons dans toutes les observations publiées, c'est l'élément douleur, c'est une hémicranie survenant parfois plusieurs mois avant les autres symptômes, très souvent à prédominance nocturne, et acquérant une intensité telle, que les malades qui en sont atteints ne peuvent plus dormir ».

Debergue (Syndrome cancéreux de l'apex orbitaire)

attache une importance capitale à la céphalée. Il en fait un des symptômes majeurs du syndrome.

M. le Professeur Henri Roger, de Marseille, à qui nous ferons souvent appel dans cette étude, non seulement mentionne la céphalée dans tous ses cas, mais encore indique qu'elle a occupé pendant longtemps le premier plan du tableau clinique. C'est elle qui a toujours été le premier symptôme observé. Beaucoup de malades ne sont gênés, ni par leur diplopie, ni par leur baisse d'acuité visuelle unilatérale, mais par contre demandent à cor et à cri qu'on les débarrasse de leur céphalée horrible et tenace.

## II. — *Siège de la céphalée*

Le siège de la céphalée dans le syndrome de l'apex orbitaire n'obéit pas à des règles strictes.

C'est d'abord une céphalée unilatérale.

Souvent c'est le nerf sus-orbitaire ou frontal externe qui est le plus douloureux. Il y aura, dans ce cas, une céphalée surtout localisée aux téguments du front, de la paupière supérieure et de la racine du nez.

Dans quelques cas, au contraire, le nerf nasal interne est plus douloureux que le sus-orbitaire.

D'après le Professeur Henri Roger, qui apporte à l'appui de ses assertions des observations très intéressantes, les douleurs temporales ou pariétales sont les plus fréquentes; les douleurs réellement frontales ou intraorbitaires se voient plus rarement. Il signale

comme assez particulier au syndrome de la fente sphénoïdale et de l'apex orbitaire le caractère distal de la névralgie, en particulier la névralgie commence quelquefois à la périphérie du nerf sus-orbitaire, à la région pariétale, moyenne ou postérieure, un peu en dehors du vertex.

Dejean signale dans une de ses observations de violentes douleurs orbitaires et périorbitaires, irradiées jusqu'à l'occiput, dans une autre une céphalée frontale, temporale, et pariétale droite.

Dans une observation du service du Professeur Rollet, nous notons des céphalées surtout dans la région temporale droite.

Dans des observations de MM. Morax, Blum, Kalt, d'une part, de MM. Despeignes et Murer d'autre part, la céphalée est surtout frontale avec douleurs périorbitaires.

Cantonnet signale de vives douleurs périorbitaires, Rochon-Duvigneaud dans la tempe gauche.

Dans des cas très particuliers, quand la lésion débordé l'apex orbitaire et s'étend à la base de l'étage moyen, on note des irradiations de douleurs.

Henri Roger cite trois cas :

1° une extension de la douleur à la région mastoïdienne ;

2° une extension au territoire du maxillaire supérieur, aussi bien branches profondes que branches superficielles ;

3° une extension de la douleur vers l'angle de la mâchoire.

En résumé, le siège de la céphalée dans le syndrome de l'apex orbitaire est surtout frontal, temporo-pariétal et intra-orbitaire.

### III. — *Début de la céphalée*

Dans beaucoup de cas la céphalée, dans le syndrome de l'apex orbitaire, peut être considérée à juste titre comme le tout premier symptôme.

Tantôt il s'agit de douleurs débutant brutalement, souvent la nuit, et atteignant d'emblée une intensité très grande. Dans d'autres cas, c'est une céphalée qui s'établit lentement, progressivement. Dans quelques cas les douleurs débutent en même temps que les signes oculaires.

On peut classer les céphalées, un peu artificiellement il est vrai, en quatre groupes :

#### 1° *Les céphalées à début lent, progressif*

C'est, semble-t-il, le cas le plus fréquent.

« Douleurs continues et lentement progressives », c'est ainsi que s'exprime Déjean dans son travail sur les syndromes paralytiques du sommet de l'orbite.

#### 2° *Les céphalées à début brutal*

C'est un début exceptionnel, cependant relaté dans deux observations d'Henri Roger. Il est curieux de constater qu'en même temps que la céphalée, des vomissements assez abondants survinrent chez les deux malades.

### 3° *Les céphalées précédant les troubles oculaires*

La céphalée précède le plus souvent les troubles oculaires. Il peut y avoir un laps de temps très variable entre la douleur et l'ophtalmoplégie, de quelques heures à des mois.

« Ce furent d'abord des douleurs puis en quelques jours la joue gauche enfla ; sept mois après : ptosis ; et huit mois après la vision de l'œil gauche baisse et disparaît rapidement ».

« L'affection a débuté par des céphalées, puis progressivement l'œil a été projeté en avant ».

« Céphalées depuis un mois, puis apparaissent rapidement ptosis et vision trouble ».

Ceci est relaté par Déjean dans trois observations ; de même Henri Roger :

« Quelques jours après l'apparition de la céphalée, diplopie horizontale, un mois environ après, ptosis et vision trouble ».

« L'atteinte des nerfs orbitaires commence par le III, trois mois après les céphalées ».

### 4° *Les céphalées débutant en même temps que l'ophtalmoplégie*

Ceci est une éventualité qui se voit relativement d'une façon fréquente, cependant on peut se demander si les douleurs n'existaient réellement pas avant l'ophtalmoplégie, le malade ayant omis de les signaler à son médecin, à cause de leur peu d'intensité.

Nous relevons dans la thèse de Debergue :

« La maladie a commencé par de la céphalalgie

avec tuméfaction ou gêne palpébrale du côté droit ».

« L'exophtalmie a débuté sans prodromes, mais la céphalée s'installe en même temps ».

« L'exophtalmie survient en même temps que les douleurs périorbitaires ».

Dans la thèse de Mettetal :

« Le malade raconte qu'il a été pris pendant la nuit de douleurs de tête; le lendemain il a remarqué que sa vue était assez faible; en même temps son œil s'ouvrait difficilement ».

Pour conclure, nous dirons que les céphalées débuent généralement quelques mois avant les troubles oculaires, d'une façon lente et progressive.

#### IV. — *Intensité de la céphalée*

C'est un des principaux caractères de la céphalée dans le syndrome de l'apex orbitaire que d'être vive. Il semble que la grande majorité des malades soient d'accord sur ce point. C'est une douleur très intense, à prédominance nocturne rendant tout sommeil impossible, pouvant même dans la journée revêtir un caractère tel que le patient est incapable d'accomplir tout travail. Il y a en général sur un fond de douleur à type continu, à certains moments, des exacerbations, des paroxysmes faisant crier le malade par leur intensité.

A côté du caractère nocturne de la céphalée il y a des causes diverses qui peuvent influencer sur son intensité. Debergue parle d'une malade chez laquelle le

port du chapeau augmentait la douleur. Henri Roger signale l'influence du décubitus latéral ; la douleur s'exacerbait quand le patient se couchait du côté de l'algie. Dans un cas opposé, le même auteur rapporte l'influence toute passagère de la compression violente du nerf sus-orbitaire, qu'un malade utilisait parfois pour faire avorter certaines crises de névralgies sus-orbitaires à leur début.

## V. — Durée de la céphalée

La durée de la céphalée est essentiellement variable. Elle dépend, nous semble-t-il, essentiellement de l'étiologie du syndrome de l'apex orbitaire. Il n'est pas douteux que dans beaucoup de cas de syndrome syphilitique de l'apex orbitaire, la céphalée peut s'atténuer et même disparaître sous l'influence du traitement spécifique. Dans certains cas, au contraire, on a le plus souvent des crises de plus en plus violentes que quelquefois ni morphine, ni sédol n'arrivent à calmer.

On peut dire cependant que généralement les malades souffrent durant toute l'évolution du syndrome. C'est l'éventualité la plus fréquente.

A côté nous trouvons des cas anormaux où la douleur disparaît très rapidement avant traitement.

Dans des observations relativement nombreuses, les douleurs finissent par s'atténuer. Deux explications s'offrent pour expliquer ce mécanisme. Dans une première série de cas le traitement est l'agent actif de la

cessation des douleurs. Dans d'autres faits au contraire c'est le processus lésionnel qui intervient : en effet, après avoir irrité le nerf, il peut l'envahir complètement et arriver même à le détruire.

*Déjean relate :*

« Les douleurs et la tuméfaction persistèrent pendant 5 mois. Les souffrances se calmèrent fin septembre ».

« La douleur spontanée de l'œil droit et de la zone périorbitaire droite s'atténue progressivement ».

« Les céphalées vont en augmentant d'intensité. Elles sont gravatives, continues, très pénibles. Le malade dont l'état s'aggrave, quitte l'hôpital ».

*Debergue :*

« Les douleurs vont s'accroissant de jour en jour, deviennent intolérables ».

*Mettetal :*

« On prescrit au malade des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium. Revu quelque temps après, le malade signale que les douleurs ont notablement diminué ».

*Henri Roger :*

« Début brusque par céphalée, vomissements. Céphalée de courte durée (1 jour) ».



## CHAPITRE V

### **Valeur de la céphalée dans le diagnostic positif et différentiel du syndrome de l'apex**

Il est évident que le diagnostic d'un syndrome de l'apex est d'autant plus facile que les lésions sont plus accentuées. Nous avons vu dans nos études antérieures que la céphalée précédait souvent de quelques mois l'ophtalmoplégie. Si le malade est vu à ce moment, il y aura lieu de faire un diagnostic étiologique des céphalées. A cette période le diagnostic est extrêmement difficile et l'on sait combien on est hésitant en présence d'un malade se plaignant de maux de tête ; ce n'est qu'un examen minutieux des divers appareils qui peut mettre sur la voie du diagnostic. Il faut plus spécialement faire un examen oto-rhino-logique, un examen oculaire et un examen neurologique, de même qu'un examen général complet.

Dans un second paragraphe, nous envisagerons un malade se présentant à nous avec un syndrome apexien au complet ou presque.

## PREMIER PARAGRAPHE

*Les céphalées en rhinologie*, bien étudiées par le Docteur Sargnon, peuvent être dues à des affections d'origine congénitale ou acquise.

Dans le cadre des congénitales nous rencontrons des malformations de la cloison, des cornets ; des cloisonnements des sinus, surtout le frontal.

Les lésions acquises, génératrices de céphalées, sont d'ordre traumatique, inflammatoire, nerveux, néoplasique. Les lésions traumatiques sont les nez cassés, les cloisons très déviées, etc. Ces affections apportent une gêne à la respiration, sont un obstacle au dégagement des sécrétions sinusiennes et amènent par cela même des céphalées plus ou moins violentes. Des corps étrangers latents, surtout en temps de guerre (balle, éclat d'obus), sont souvent une cause de céphalées.

Ce sont les lésions inflammatoires qui sont les plus fréquentes. On en trouve d'aiguës ou de chroniques. Aiguës ce sont la congestion simple, le coryza inflammatoire, le rhume des foins périodique, les suppurations aiguës sinusiennes surtout grippales. Chroniques, ce sont la tuberculose nasale profonde, la syphilis à localisation nasale interne ou externe.

Un fait particulièrement intéressant à noter est le suivant : les lésions du cornet moyen dominant dans la pathogénie des céphalées ; on a même décrit la céphalée du cornet moyen (Bouchet et Soulas ; Grain).

Les céphalées d'origine nasale ont des caractères

particuliers, mis en évidence par le Docteur Sargnon. Au début, elle est généralement légère, sauf dans le cas de sinusite postérieure grippale où elle est souvent intense d'emblée. Rarement elle est très accentuée au point de donner des nausées, vomissements, dans ce dernier cas, c'est le type méningiforme, rencontré surtout dans les sinusites postérieures, notamment dans les céphalées sphénoïdales. La céphalée est aiguë ou intermittente. Elle prédomine souvent le jour; elle est fréquemment périodique, c'est-à-dire survenant tous les jours aux mêmes heures, de préférence le matin. Son siège est unilatéral ou bilatéral avec parfois prédominance d'un côté.

En présence d'une céphalée qu'on soupçonnera être d'origine nasale, un examen local nasal très minutieux, l'éclairage des sinus, la radiographie nous permettront de préciser son étiologie.

*Les céphalées symptomatiques d'une affection de l'oreille* sont fréquentes. Il peut y avoir simple otalgie ou douleur généralisée à toute la tête. La douleur est, en général, extrêmement vive, mais le médecin arrive à distinguer l'origine du mal par l'étude de la douleur provoquée.

Les affections de l'oreille externe se reconnaissent à la sensibilité très vive éveillée par toute mobilisation du pavillon et du conduit auditif. Que l'on tire le pavillon en haut et en arrière, qu'on le soulève par en bas, que l'on appuie sur le tragus, on réveillera chaque fois une vive douleur.

L'otite moyenne est indifférente à la mobilisation

du pavillon; la douleur est provoquée par la pression sur le tragus et sur l'antre mastoïdien.

Le cancer de l'oreille provoque de très vives douleurs accompagnées d'une sécrétion sanieuse, fétide et abondante.

La mastoïdite se caractérise par la sensibilité très vive à la pression non seulement sur l'antre mastoïdien, mais sur toute l'étendue de l'apophyse mastoïde.

Ce sont là les principales affections susceptibles de provoquer la céphalée. Un examen attentif de l'oreille décèlera en général toutes les lésions de cet organe.

*Les céphalées en neurologie* sont rapportées classiquement à trois sources : exocraniennes, craniennes, endocraniennes.

Les lésions exocraniennes sont celles des nerfs de la base du crâne, les céphalées d'origine dentaire par exemple, mais le type dentaire affecte généralement la forme névralgique.

Une place doit être faite aux douleurs qui accompagnent ou suivent le zona ; elle s'éloignent plus ou moins des céphalées véritables ; les douleurs unilatérales caractéristiques ont une allure névralgique très accentuée. Il faut mentionner les céphalées d'origine musculaire. Une affection spéciale des muscles de l'épicrâne et aussi du cou, est connue sous le nom de cellulite douloureuse. Il s'agit d'une infiltration d'abord œdémateuse, puis, à un stade plus avancé, on a des nodules très sensibles à la palpation. Cette af-

fection étudiée en Suède, Angleterre, Allemagne, a été bien décrite à Lyon par M. le Professeur Paviot.

Citons également le rhumatisme épicroanien caractérisé par une sensibilité diffuse à la pression du cuir chevelu et par une exagération de la douleur, à chaque contraction de l'occipito-frontal.

Les causes craniennes sont les ostéites, caries, excroissances, néoplasies, qui intéressent l'os lui-même. Un examen attentif permet en général de déceler de pareilles lésions.

Parmi les causes endocraniennes, nous citerons au premier chef les tumeurs qui donnent des céphalées particulières bien définies par MM. Halphen, Monbrun et Tournay. C'est comme si le crâne était encerclé par un étau, écrasé par un poids ; des exacerbations par crises, où il semble que la tête est martelée et va éclater, rendent encore la situation plus pénible pour le malade.

Diverses productions infectieuses, tuberculose, syphilis, abcès, peuvent se manifester à la façon des tumeurs.

Des troubles circulatoires endocraniens sont capables, avant même d'aboutir à la réalisation d'hémorragies ou de ramollissement, d'engendrer des maux de tête.

Un cas particulier est la céphalée des blessés du crâne. En dehors des lésions par suffusion sanguine, des lésions osseuses qui donnent de la douleur, il y a lieu d'attacher le plus d'importance au changement de pression du liquide céphalo-rachidien ; il y a une

sorte d'hypertension relative d'où les bons résultats obtenus par la rachicentèse.

A l'opposé se placent les céphalées par hypotension décrites par Leriche chez certains blessés du crâne qui ont été trépanés.

La céphalée des méningites est une céphalée aiguë, très douloureuse, accompagnée de vomissements et de phénomènes d'excitation. Dans le cas particulier de méningite tuberculeuse la céphalée est un peu moins violente. Une méningite syphilitique circonscrite est un des processus morbides pouvant produire un syndrome d'apex.

L'hémorragie méningée, la pachyméningite hémorragique, les tumeurs des méninges occasionnent également des céphalées.

*Les céphalées en ophtalmologie* reconnaissent comme causes l'inflammation du globe oculaire, l'hypertension intra-oculaire aiguë et les vices de réfraction.

Les céphalées par inflammation du globe oculaire s'irradient souvent autour de l'orbite, au front jusqu'au vertex, aux tempes, aux mastoïdes et à la région occipitale. Certaines kératites, en particulier l'ulcère cornéen à pneumocoque, provoquent souvent des douleurs lancinantes. Les iritis, irido-cyclites ont une place de premier plan dans la genèse des céphalées. La panophtalmie présente des phénomènes douloureux très importants.

Le glaucome aigu présente des crises douloureuses atroces. Ces céphalées, excessivement pénibles, s'accompagnent de vomissements.

Le moindre vice de réfraction non corrigé peut amener de la céphalée. C'est la céphalée des hypermétropes qui est la plus banale. Elle apparaît à la suite d'un travail trop prolongé; dans certains cas elle est constante et peut revêtir un caractère assez aigu; des vomissements peuvent l'accompagner. Elle se présente sous la forme de barre frontale, de tension bitemporale, de douleurs aux deux apophyses mastoïdes et irradiation à la région occipitale et à la nuque. La céphalée dans la myopie est l'exception. L'astigmatisme associé à l'hypermétropie sera générateur de céphalées très marquées; par contre, l'astigmatisme myope ne souffrira pas le moins du monde.

L'inégalité de réfraction des deux yeux ou anisométrie sera également une source de céphalées. La presbyopie accentuera les céphalées des hypermétropes.

*A côté de ce grand groupe des céphalées en otorhino-neuro-ophtalmologie, il existe toute une série de céphalées diverses.*

L'examen des urines, l'étude de la tension artérielle confirment l'origine brightique ou diabétique de certaines céphalées; on devra toujours se méfier d'un mal de Bright chez un individu accusant des douleurs de tête persistantes, coïncidant avec des troubles digestifs, des crises de dyspnée nocturne, avec de la polyurie, des crampes, etc.

Les troubles digestifs sont une cause fréquente de la céphalée, soit qu'il s'agisse de dyspepsie avec apparition de la douleur au cours de la digestion, soit

que la constipation ou un état saburral accidentel des voies digestives puissent être invoqués.

Dans les maladies infectieuses la céphalée se rencontre presque toujours, particulièrement dans la variole et la fièvre typhoïde; dans cette dernière elle siège de préférence à la nuque. L'angine la plus banale peut se compliquer de céphalée atroce, et la grippe se comporte de même. On connaît encore le mal de tête spécial de l'érysipèle propagé au cuir chevelu.

Les intoxications par le plomb, le tabac, l'alcool, les médicaments (trinitrine, théobromine, salicylate, quinine, iodure, opium) et l'oxyde de carbone, amènent souvent des douleurs céphaliques.

On doit également signaler la céphalée réflexe chez les malades qui présentent une affection viscérale quelconque ; la céphalée de surmenage si des études trop absorbantes en sont la cause ; la céphalée par mauvaise hygiène alimentaire chez les sédentaires ou les gros mangeurs de viande.

Voilà donc examinées la plupart des innombrables causes des céphalées. Leur diagnostic étiologique est souvent facilité par le fait que la céphalée coexiste, dans la plupart des cas, avec d'autres éléments spéciaux à telle ou telle maladie. Les caractères plus ou moins particuliers de chaque céphalée, l'examen général du malade, les données du laboratoire, les examens des spécialistes, permettront la plupart du temps au médecin praticien d'établir l'étiologie exacte de la céphalée.

## DEUXIEME PARAGRAPHE

Un syndrome de l'apex orbitaire au complet ou presque est en général facile à diagnostiquer.

On éliminera tout d'abord les inflammations du contenu de l'orbite (globe oculaire excepté).

La ténonite, inflammation de la capsule de Tenon, maladie rare, produit une légère exophtalmie, accompagnée de douleurs orbitaires plus vives dans les mouvements du globe et d'un œdème conjonctival très marqué (chémosis).

Le phlegmon de l'orbite, inflammation du tissu cellulaire de la cavité orbitaire, se traduit par de l'exophtalmie, par une douleur vive, une rougeur des paupières et chémosis de la conjonctive ; des symptômes généraux graves (céphalée, frissons, fièvre) ; le globe oculaire est immobilisé et refoulé.

Le diagnostic de ces deux affections avec le syndrome de l'apex n'offre pas de difficultés.

Deux syndromes se rapprochent plus particulièrement du syndrome de l'apex orbitaire ; ce sont le *syndrome de la fente sphénoïdale* et le *syndrome de la paroi externe du sinus caverneux*, décrit par Foix.

Le premier ne présente pas, comme le syndrome qui nous occupe, des lésions du nerf optique se traduisant par l'amblyopie ou l'amaurose.

Ce caractère différencie également le syndrome de l'apex du syndrome de Foix ; de plus, la situation intrasinusale du moteur oculaire externe fait que, dans cette deuxième affection, ce nerf est le premier pris,

alors que souvent, dans le syndrome de l'apex, c'est le moteur oculaire commun qui est atteint tout d'abord. Une exophtalmie plus marquée, une atteinte des autres branches du trijumeau : maxillaire supérieur et maxillaire inférieur (paralysie masticatrice), des lésions radiographiques de la selle turcique, plaideront en faveur du syndrome du sinus caverneux.

Les céphalées ont, bien entendu, les mêmes caractères, qu'il s'agisse du syndrome de la fente sphénoïdale ou du syndrome de l'apex.

Dans la maladie de Foix, elles ont une violence plus atténuée.

## CHAPITRE VI

### Valeur de la céphalée dans le diagnostic étiologique du syndrome de l'apex

Nous avons vu au début de cette étude que les trois principales causes du syndrome de l'apex étaient le traumatisme, la syphilis et le cancer.

Est-il possible, le diagnostic de ce syndrome étant établi, de faire la différenciation entre ces trois affections.

#### I. — SYNDROME DE L'APEX D'ORIGINE SYPHILITIQUE

L'âge est un élément de diagnostic, ce sont en général de sujets entre 20 et 40 ans qui sont susceptibles de cette affection.

On recherchera la syphilis dans les antécédents du malade; on pratiquera un examen somatique complet.

La réaction de Bordet-Wassermann sera pratiquée à la fois dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Il ne semble pas que l'on doive attacher à son résultat une importance trop significative. On peut classer en 4 ordres les données fournies par cet examen de laboratoire :

1° Résultats négatifs quant au sang et au liquide céphalo-rachidien.

C'est une éventualité que le Professeur Henri Roger relate dans plusieurs observations.

2° Résultats négatifs pour le liquide céphalo-rachidien et positifs pour le sang.

Nous avons pu découvrir un cas semblable dans une seule observation (Charles Déjean).

3° Résultats négatifs pour le sang et positifs pour le liquide céphalo-rachidien.

C'est la modalité la plus fréquente dans les cas que nous avons recueillis.

4° Résultats positifs et pour le sang et pour le liquide céphalo-rachidien.

Ce fait se retrouve dans plusieurs observations.

Il est important de rechercher le signe d'Argyll-Robertson qui se trouve positif chez bon nombre de ces malades. Quelquefois très accusé comme dans une observation de Déjean, il peut être faiblement positif comme dans le cas cité par Henri Roger : « diminution légère à l'autre œil du réflexe à la lumière (signe d'Argyll-Robertson fruste) ».

A côté de ces éléments de diagnostic se place le point de vue qui nous occupe spécialement, je veux parler de la céphalée.

Il semble que ce soit le point le plus discuté.

Au premier abord on est frappé de la divergence

de vues des divers spécialistes qui ont étudié la question. C'est surtout pour le diagnostic différentiel entre la syphilis et le cancer, dans le cas de syndrome d'apex, que la céphalée est mise en cause.

Mettetal s'exprime ainsi : « Le néoplasme peut lui aussi réaliser le syndrome de l'apex orbitaire. Cependant deux particularités l'éloignent du type clinique que nous avons décrit (syphilis); ce sont l'élément douleur et la marche rapidement envahissante... »

M. le Professeur Rollet parle du « syndrome douloureux de la fente sphénoïdale et de l'apex orbitaire par cancer ».

A l'opposé, semble-t-il, de ces théories, M. le Professeur Henri Roger se place ainsi en face du problème : « Pour Rollet, pour Castéran, les douleurs seraient absentes dans la syphilis sphénoïdale et seraient par contre caractéristiques du cancer. Les cas de Rochon-Duvigneaud, nos cas personnels et bien d'autres, s'inscrivent en faux contre cette assertion. La céphalée ne peut servir au diagnostic différentiel entre ces deux étiologies ».

Nous avons, pour notre part, écrit au moment de l'étude des caractères de la céphalée, que cette dernière était constante dans tous les cas du syndrome de l'apex.

A vrai dire, il n'y a qu'une différence apparente entre les vues de ces différents auteurs.

La céphalée existe toujours dans le syndrome syphilitique de l'apex. On peut même se demander si à côté de la céphalée due à la lésion apexienne, il n'y a pas céphalée comme on en rencontre si souvent

chez les sujets atteints de lésions syphilitiques secondaires, quel qu'en soit le siège.

Le point particulier, c'est que le traitement antisiphilitique apporte dans la majorité des cas une sédation importante de la douleur, alors que, bien entendu, il est inopérant dans le cas de néo.

C'est donc de façon indirecte que la céphalée apportera un précieux appoint pour le diagnostic, mais cela n'en existe pas moins.

Il est un fait particulier à noter dans la rétrocession de la céphalée, grâce au traitement spécifique. Chez certains sujets, dans les tout premiers jours de la thérapeutique, la douleur, non seulement persiste, mais encore semble véritablement exacerbée ; quelques jours après, la disparition des phénomènes douloureux survient. Ce point, comme on le conçoit, est d'une certaine importance en pratique ; les malades doivent être prévenus de cette particularité.

## II. — SYNDROME DE L'APEX D'ORIGINE NÉOPLASIQUE

Certains auteurs, le Professeur Rollet, Mettetal, insistent sur la marche rapidement envahissante des lésions dans le cas de cancer. C'est un élément important de diagnostic.

L'examen ophtalmologique ne donne pas, comme l'a montré Debergue, des précisions rigoureuses ; cet examen est en effet variable et ne peut guère servir à trancher le diagnostic.

Plus intéressante, bien que presque aussi incertaine est la radiographie. C'est une opération délicate

dont la technique a été étudiée par Hartmann; Lévy. Pour ce qui nous occupe, il n'y a pas de données précises qui puissent établir une différenciation entre le cancer et des lésions périostées syphilitiques. Pratiquée en différentes occasions à la clinique du Professeur Rollet, elle a donné une opacité plus marquée d'un orbite par rapport à l'autre, dans les cas de syndrome néoplasique.

Indépendamment du fait que la céphalée s'atténue avec le traitement antispécifique dans le cas de syphilis et qu'elle persiste au contraire dans le cancer, il est un fait qui nous paraît certain, c'est qu'elle est plus intense dans le cas de néo. On ne retrouve pas dans la syphilis ces douleurs affreuses, d'une violence inouïe d'après le dire des malades. Dans le cancer la douleur est souvent continue et de longue durée. Dans la syphilis elle a un caractère plus capricieux, aussi bien dans son siège que dans son évolution.

Déjean constate que la céphalée est plus intense dans le cas de cancer.

Et Henri Roger lui-même s'exprime ainsi : « Peut-être la céphalée est-elle plus horrible et plus persistante dans le cancer ». Il maintient néanmoins que le diagnostic entre syphilis et cancer ne peut être tranché, car il ne s'agit là, dit-il, que d'une question de degré.

Quant à nous, nous pensons que la moindre intensité de la céphalée, son allure plus capricieuse dans le cas de syphilis, nous permettront de différencier cette maladie d'une atteinte néoplasique.

### III. — SYNDROME DE L'APEX D'ORIGINE TRAUMATIQUE

Le diagnostic de syndrome traumatique offre un caractère de moindre intérêt, quant à la difficulté de ce diagnostic.

Les antécédents surtout et l'apparition brusque ou tout au moins relativement rapide des phénomènes permettent le plus souvent d'affirmer l'étiologie.

Cependant, il est des cas douteux où on peut hésiter, telle l'observation du service du Professeur Rollet où le diagnostic était douteux entre la présence d'une lame de couteau et la syphilis, le malade assurant que la lame brisée n'était pas restée dans la plaie.

Nous avons déjà relaté dans un chapitre précédent que Garnier, dans sa thèse sur « le syndrome traumatique de l'apex », en relatant cette observation, indique que les céphalées sont une preuve pour une étiologie syphilitique.

Ceci ne nous paraît pas être l'expression de la vérité. Il est raisonnable d'admettre qu'à l'égal d'une tumeur, un corps étranger puisse irriter ou comprimer le nerf et par cela même provoquer la céphalée. Une absence de douleur ne se concevrait que dans le cas de section complète du nerf par l'agent vulnérant.

La céphalée n'intervient donc pas de façon importante dans le diagnostic, d'ailleurs en général facile, cependant la simultanéité d'apparition de la céphalée et de l'ophtalmoplégie sera en faveur d'un traumatisme ou d'un corps étranger.

## CHAPITRE VII

### Indications thérapeutiques

Le traitement de la céphalée n'est pas un point particulier du traitement du syndrome de l'apex. La céphalée n'est qu'un symptôme et il est évident qu'une thérapeutique symptomatique ne donne guère que des résultats éphémères. C'est au début de la maladie, quand la céphalée précède de quelques mois les troubles oculaires, que le médecin, dans l'incertitude du diagnostic, donnera des analgésiques divers, qui, disons-le tout de suite, ne donnent guère de résultats ; même dans quelques cas la morphine est impuissante à soulager les malades.

Le cas le plus fréquent est le suivant : un diagnostic de syndrome de l'apex orbitaire est établi ; l'étiologie de l'affection n'est pas encore suffisamment définie. Que faire ? Tous les auteurs s'accordent sur l'opportunité d'un traitement antisyphilitique immédiat. C'est le traitement d'épreuve utile à deux points de vue et pour le diagnostic et pour la cure de la maladie.

## I. — TRAITEMENT DU SYNDROME SYPHILITIQUE DE L'APEX ORBITAIRE

Toute la gamme des médicaments antisypilitiques peut être instituée. Mettetal fait remarquer qu'il s'agit de lésions tertiaires, et il conseille de ne pas agir trop brutalement par les arsenicaux « par crainte d'une réaction d'Herxheimer possible ». Pourtant dans une observation de Roger, l'amélioration oculaire a succédé à une série de novarsénobenzol jusqu'à 0,60.

Le traitement le plus employé est le cyanure de mercure, associé au traitement par l'iodure de potassium.

La méthode préconisée par Henri Roger semble donner d'excellents résultats : injections intraveineuses de cyanure de mercure à un centigramme et demi ou deux centigrammes tous les jours; une vingtaine d'injections sera souvent nécessaire.

L'iodure de potassium se prendra en potion à hautes doses ; 3, 4, 6 grammes pour Henri Roger, de 4 à 10 grammes par jour pour Mettetal, qui conseille l'adjonction de belladone pour la tolérance de ce sel.

L'utilisation du bismuth (Quinby) a donné maintes fois satisfaction chez des malades du service du Professeur Rollet.

Signalons aussi les frictions mercurielles, toujours en honneur chez un certain nombre de praticiens ; Rochon-Duvigneaud en faisait sa thérapeutique habituelle et souvent avec succès.

Il faut de la persévérance dans le traitement qui doit être poursuivi longtemps. Dès les premiers jours les céphalées sont moins violentes et souvent disparaissent complètement ; la restitution complète des fonctions motrices et sensitives nécessitera de longs mois.

Nous voici maintenant en face d'un autre problème ; le traitement antisyphilitique a complètement échoué ; on pense fortement à un néo.

## II. — TRAITEMENT DU SYNDROME CANCÉREUX DE L'APEX ORBITAIRE

C'est ici que l'on est désarmé comme thérapeutique. Le diagnostic d'un syndrome cancéreux équivaut le plus souvent à un arrêt de mort.

Le traitement chirurgical est loin de donner de bons résultats. Il semble qu'actuellement ces néoplasmes soient au-dessus des ressources de la thérapeutique chirurgicale.

Debergue prétend cependant que même en présence d'un diagnostic hésitant, si le traitement d'épreuve échoue, il faut intervenir, l'opération ne serait-elle qu'exploratrice.

Le procédé de choix, dans ce cas, est l'orbitotomie externe extra-aponévrotique, décrite par le Professeur Rollet ; il permet d'extirper une tumeur orbitaire profonde, tout en conservant le globe oculaire intact avec tous ses mouvements. Nous n'avons pas à en décrire ici la technique. Ce traitement donne

quelques résultats dans le cas de tumeur circonscrite de l'apex orbitaire.

Le radium est le traitement de choix des néos de l'apex ; la radiothérapie semble incapable d'atteindre les tumeurs de ce genre. Debergue indique la technique à suivre et donne sa préférence à la mise en place dans l'orbite de petits tubes très fins ou des aiguilles contenant du sulfate de radium. On peut faire la combinaison de la radiumthérapie et de l'opération chirurgicale.

Mais même le radium ne donne pas toujours des résultats appréciables ; il apportera cependant une sédation plus ou moins durable de la douleur.

Ce sera dans les tumeurs que l'on sera amené à instituer un traitement symptomatique, permettant au malade de terminer sa vie sans souffrances trop horribles. Les crises violentes de plus en plus rapprochées amènent souvent à répéter à intervalles de plus en plus petits des injections de sédol et de morphine.

### III. — TRAITEMENT DU SYNDROME TRAUMATIQUE DE L'APEX ORBITAIRE

Garnier pose le problème de façon précise. Dans les cas de blessure par un corps vulnérant on se basera sur la grosseur du projectile et sur les troubles observés.

Il faut toujours intervenir chirurgicalement dans les cas de compression ou d'irritation des nerfs. Les résultats sont quelquefois intéressants.

Dans les cas de syndrome de cause indirecte la thérapeutique est peu brillante : antiseptie du nez et des oreilles; veiller à l'apparition d'une kératite neuro-paralytique ; pansement compresseur dans le cas d'exophtalmie très marquée.



## Observations

Nous citons huit observations dont trois se rapportent au syndrome de l'apex d'origine néoplasique, trois au syndrome d'origine syphilitique, deux au syndrome d'origine traumatique.

### OBSRVATION I

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

*Céphalée tenace dans un syndrome de l'apex orbitaire par métastase d'un néoplasme du sein opéré. Orbitotomie curviligne externe. Métastase. Mort.*

E... Marie-Louise, 55 ans, tisseuse. Entre à la clinique ophtalmologique le 16 janvier 1913, envoyée par le Docteur Masson; elle vient pour exophtalmie très marquée de l'œil droit qui remonte à 19 mois.

L'affection a débuté par des céphalées intenses, siégeant surtout dans la région temporale droite; puis, progressivement l'œil a été projeté en avant.

A l'entrée l'œil est saillant et dévié en bas et en dehors; à la palpation le doigt perçoit, entre le globe et le rebord orbitaire externe, une tumeur dure.

Le globe oculaire est à peu près immobile; la pupille ne réagit pas. La papille n'est pas œdématisée. La vision n'est que quantitative.

Trois ans auparavant, la malade a été opérée d'un néo du sein gauche par M. le Professeur Gayet.

Opération : 18 janvier 1913. Anesthésie générale. Orbitotomie externe de M. le Professeur Rollet.

Examen histologique : épithélioma d'origine glandulaire, probablement métastatique.

La malade quitte le service le 22 février et revient le 12 avril 1913 pour récédive de la tumeur de l'orbite droit.

Céphalées ; œil immobile.

15 mai : prostration intense ; signes méningo-encéphalitiques se traduisant par des alternatives de dépression et d'excitation.

24 mai : mort.

## OBSERVATION II

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

*Absence de céphalée tout au début d'un syndrome néoplasique de l'apex orbitaire, puis vive douleur ultérieurement.*

Cla... Marie, 42 ans, ménagère, entre à la clinique ophtalmologique le 26 décembre 1928 pour une exophtalmie considérable de l'œil gauche. Vers 17 ans, à la suite d'un coup sur le sein gauche une tumeur apparaissait ; le 24 mars 1928, la malade fut opérée d'un cancer du sein dans le service du Professeur Bérard.

A l'examen la malade est dans un état de prostration tel, qu'il est impossible d'en obtenir le moindre renseignement. La malade a surtout des vertiges et, fait particulier à noter, pendant le mois de novembre, elle ne se plaint pas de son œil gauche qui ne la fait pas souffrir. La céphalée survient le mois suivant.

L'examen de l'œil montre une grosse exophtalmie de l'œil gauche qui est figé, sans aucun mouvement. On note également un ptosis, une anesthésie cornéenne.

Pupilles en mydriase et immobiles. Atrophie optique à

l'examen du fond de l'œil. Pas d'œdème de la papille. Pas de signe d'Argyll-Robertson.

Ponction lombaire : le liquide s'écoule en jet ; pression 28 au Claude (position couchée).

Cytologie : à la cellule de Nageotte moins d'un élément blanc par millimètre cube. Albumine : 0,30. Sucre normal. B.-W. : négatif.

La malade meurt le 24 mars.

### OBSERVATION III (Professeur Henri ROGER)

*Céphalée très violente dans une syndrome de l'apex orbitaire  
d'origine néoplasique.*

Mme Guig..., 43 ans.

Début en juin 1928 par une douleur localisée à la région pariétale postérieure droite, au voisinage du vertex ; douleur d'abord sourde, gênant simplement le port du chapeau, puis plus accentuée, avec des sensations de brûlures et des lancées de plus en plus violentes.

En février 1929, les douleurs sont de type un peu différent. La crise commence par la région du maxillaire supérieur et s'irradie à la racine du nez, à la région sus-orbitaire et enfin à la région pariétale.

Les crises sont excessivement violentes et ne sont calmées que par le sédol. Il y a une douleur à la pression du sus-orbitaire.

Du côté oculaire la diplopie du type horizontal a apparu en juillet ; le ptosis s'est installé progressivement en décembre.

A l'examen de février 1929, nous constatons une ophtalmoplégie totale ; la vision de cet œil n'est que de deux dixièmes, alors que le fond de l'œil est normal.

L'exploration de l'œil droit est rendue très difficile par une sensation de vertige, et de nausées très pénibles, qui survient lorsqu'on relève la paupière ptosée.

Liquide céphalo-rachidien : non hypertendu ; très légère hyperalbuminose : 0,45.

B.-W. négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Radiographie : orbite droit et surtout fente sphénoïdale droite plus opaques.

Evolution : fin avril, d'après les nouvelles reçues, les douleurs sont toujours très violentes, malgré quelques séances de radiothérapie.

#### OBSERVATION IV

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

*Céphalée violente mais améliorée et supprimée par le traitement dans un syndrome syphilitique de la fente sphénoïdale (1).*

B... Joseph entre le 18 janvier 1927 à la clinique ophtalmologique.

En août 1918, il a contracté la syphilis.

Fin décembre 1919, le malade fait une chute sur la tête dans un escalier et, peu de temps après, présente des troubles de la vision à gauche.

Il est soigné dans le service en janvier 1920 pour une irido-choroïdite spécifique de l'œil gauche et pour un iritis dont le début remonterait au mois d'août 1919.

Le 18 janvier 1927, le malade revient dans le service parce que, depuis le 6 janvier, il souffre beaucoup de la tête, surtout la nuit, il a mal aux yeux et sa paupière supérieure droite tombe.

Examen de l'œil droit : ptosis, paralysie complète du droit externe et du droit supérieur. Le malade peut ébaucher de légers mouvements en bas et en dedans sans que l'on puisse spécifier quelle est la participation respective du grand obli-

(1) Bien qu'elle n'ait pas trait à un syndrome d'apex, nous citons cette observation à cause de son intérêt.

que et du droit inférieur dans ces mouvements. Les pupilles sont inégales et réagissent faiblement à la lumière.

Le réflexe à l'accommodation est conservé. Exophtalmie.

On établit un traitement spécifique : injections de Quinby tous les deux jours.

Analyse du liquide céphalo-rachidien :

Albumine: 0 gr. 60 pour 1000. Sucre : normal. Cytologie: 90 lymphocytes par millimètre cube.

Wassermann: très positif.

3 février : les céphalées ont disparu depuis le début du traitement. Accentuation des phénomènes paralytiques.

8 février : immobilité absolue de l'œil; ptosis.

Fond de l'œil normal. Bon état général, plus de céphalées.

On arrête les injections de Quinby, qu'on remplace par de l'iodure de potassium.

8 mars : le malade demande à quitter le service.

Très bon état général, plus de céphalées. La paupière supérieure se relève légèrement. Mouvements très marqués du droit inférieur et surtout du droit interne.

7 novembre : le traitement a apporté de bons résultats. Il reste une parésie peu accusée du droit supérieur. La pupille droite réagit faiblement à l'accommodation et pas du tout à la lumière.

## OBSERVATION V

(Docteur DÉJEAN)

*Céphalées intenses améliorées par le traitement, puis récidive après cessation de la thérapeutique, dans un syndrome syphilitique de l'apex orbitaire.*

Mme Vve..., 52 ans, entre à la clinique le 11 janvier 1927 pour paralysie de la paupière et de l'œil gauches.

Début il y a deux ans, au cours d'une crise de vertiges, céphalées et nausées avec vomissements; baisse subite de la vision des deux yeux. Le 2 octobre 1924, léger ptosis de la

paupière gauche. Le 31 janvier 1925, un oculiste qui a examiné la malade note : « Papillite bilatérale. Parésie du droit externe gauche. Réflexes pupillaires abolis. Inégalité pupillaire. Léger ptosis à gauche. Diplopie. V. O. D.=0,3; V. O. G.=0,7 ».

A cette époque, réaction Wassermann franchement positive.

10 février 1925: lésions des nerfs II, III et IV. Surdité à droite. Réflexes un peu vifs.

Analyse du liquide céphalo-rachidien :

B.-W. : + + +. Albumine : 0,30. Chlorures : 7,7.

Examen à la cellule de Nageotte : 1,5 éléments.

21 février 1925 : après 3 piqûres de muthanol, les troubles oculaires ont presque disparu.

20 octobre 1925: après cessation prolongée du traitement spécifique, récédive grave avec céphalées, vomissements, douleurs violentes à la nuque, ptosis gauche.

On reprend le traitement; malgré cela, le 4 mai 1926, les symptômes ont persisté, sauf la papillite optique.

Etat actuel : bon état général, sauf quelques céphalées survenant par crises de 2 ou 3 jours et des nausées et des vomissements glaireux matinaux tous les 2 ou 3 mois environ.

O. G.=ptosis complet de la paupière supérieure. Pupille en mydriase. Réflexes photo-moteurs et à la convergence abolis. Papille entourée d'une auréole blanche. Mouvements du globe supprimés. Diplopie quand on relève la paupière supérieure.

Pas de différence radiologique appréciable entre les orbites.

Malgré l'efficacité très limitée du traitement spécifique, la nature syphilitique du mal ne peut être mise en doute.

## OBSERVATION VI

(Docteur DÉJEAN)

*Céphalées se calmant spontanément dans un syndrome syphilitique de l'apex orbitaire.*

A. A..., 53 ans, courtier en vins à F..., entre à la clinique du Professeur H. Truc, le 23 décembre 1924, pour perte récente de la vision de l'œil gauche avec douleurs et troubles péri-oculaires du même côté.

Le début de l'affection remonte à 8 mois. Ce furent d'abord de violentes douleurs orbitaires et péri-orbitaires gauches. En quelques jours la joue gauche enfla. Les douleurs et la tuméfaction persistèrent pendant 5 mois, continues et lentement progressives. Les souffrances se calmèrent vers la fin septembre. En novembre, ptosis de la paupière supérieure. Vers le 10 décembre, la vision de l'œil gauche baisse rapidement.

Etat actuel : assymétrie faciale très accentuée. La paupière gauche supérieure tombe inerte devant l'œil. Légère exophtalmie et déviation paralytique du globe en dedans et un peu en bas. La papille, du côté gauche, est d'un blanc atrophique. Orifice de 3 à 4 mm. sur la paroi postérieure du pharynx, faisant penser à une gomme.

Réaction de Bordet-Wassermann fortement positive dans le sang, négative dans le liquide céphalo-rachidien.

Ponction lombaire : tension et aspect du liquide céphalo-rachidien normaux. 12 éléments par millimètre cube. 0,35 d'albumine. 7 gr. 30 de chlorures pour 1000.

Un traitement antisypilitique est institué et le 12 mars 1925, il y a une amélioration de tous les symptômes.

## OBSERVATION VII

(Service de M. le Professeur ROLLET)

*Céphalée nocturne temporaire dans une ophtalmoplégie sensitivo-sensorio-motrice par lame de couteau au fond de l'orbite.*

Homme de 38 ans, qui, dix-huit jours avant son entrée à l'hôpital, a reçu à la partie inféro-interne du rebord orbitaire, un coup de couteau; la lame s'est brisée. Pendant 3 jours après le traumatisme, cécité absolue des deux yeux. A gau-

che, du côté du coup, occlusion des paupières par infiltration sanguine; à droite, exophtalmie directe; anesthésie dans le domaine de l'ophtalmique.

A l'examen du côté gauche, cicatrice orbitaire inféro-interne, correspondant au coup de couteau; le malade distingue seulement les doigts dans le champ visuel externe.

A droite, exophtalmie; ptosis; paralysie complète de tous les muscles. Immobilité du globe. Pupille dilatée. Réflexes abolis. Bon état général; un peu de céphalée surtout nocturne.

Sur une radiographie de profil, on voit la lame longue de 6 cm., ayant une direction presque antéro-postérieure dans l'orbite droit, s'enfonçant vers le sommet de la cavité, pénétrant quelque peu dans la boîte crânienne.

La malade est opérée le 19 mai 1898, 34 jours après l'accident. Le 27, le pansement étant enlevé, l'exophtalmie a disparu et il y a réapparition des mouvements de l'œil et de la paupière. Le malade semble distinguer les différences d'ombre et de lumière.

#### OBSERVATION VIII (DESPEIGNES et MEURER)

*Céphalée temporaire surtout frontale dans une ophtalmoplégie totale sensitivo-sensorio-motrice d'origine traumatique.*

L... Pierre, cultivateur, entre à l'hôpital, vingt jours après une chute de voiture. La tête a porté contre un mur et le malade a perdu connaissance complètement pendant 3 jours. Quand il revient à lui, il existe un ptosis complet du côté gauche. Le malade souffrait de douleurs péri-orbitaires, surtout au niveau du front. Au moment où il a repris connaissance, la vision était complètement abolie à gauche.

L'œil était absolument immobile. La palpation au niveau de la plaie, située sur le front, révèle une douleur, mais pas d'enfoncement osseux.

L'examen ophtalmoscopique fait constater une atrophie complète de la papille.

L'auteur avait conclu à une fracture du sommet de l'orbite.



## CONCLUSIONS

I. — Le syndrome de l'apex orbitaire est caractérisé par des troubles moteurs, sensitifs, sensoriels, veineux et sympathiques, par de l'exophtalmie et par les phénomènes douloureux de la céphalée.

Les causes les plus fréquentes de ce syndrome sont la syphilis, le cancer et le traumatisme.

II. — La céphalée dans le syndrome de l'apex orbitaire a des caractères assez bien définis.

Elle est à peu près constante dans toutes les formes du syndrome.

Son siège le plus fréquent est surtout frontal, temporo-pariétal et intra-orbitaire.

Elle débute le plus souvent quelques mois avant les troubles oculaires, de façon lente et progressive.

Son intensité est très marquée ; sur une douleur permanente se greffent en général des exacerbations très vives.

La durée de la céphalée est facteur de l'étiologie du syndrome et de son évolution.

IV. — La céphalée dans ce syndrome est due à une compression ou une irritation des éléments sensitifs.

V. — Avant l'apparition des autres éléments du syndrome de l'apex, le diagnostic étiologique de la

céphalée est des plus difficiles, et ne pourra être résolu que grâce à un examen général complet, aidé d'examens spéciaux (rhinologique, otologique, neurologique, ophtalmologique). — Au contraire lorsque le syndrome se constituera, on pourra, en général, facilement rapporter la céphalée à ce syndrome.

VI. — La céphalée est un facteur important pour le diagnostic étiologique du syndrome. L'intérêt réside surtout dans la différenciation entre syphilis et cancer.

La céphalée, dans la syphilis, est le premier symptôme qui régresse par le traitement antisypilitique, d'où l'intérêt primordial du traitement d'épreuve. Elle est également moins intense, moins persistante, en un mot, plus capricieuse que dans le cancer.

VII. — C'est surtout dans la syphilis que le traitement sera le plus efficace : cyanure de mercure, iodure et bismuth paraissent à l'heure actuelle les médicaments les plus actifs.

Dans le cancer, l'intervention chirurgicale échouera souvent; la radiumthérapie pourra apporter une sédation éphémère des douleurs. Dans le traumatisme, l'intervention donnera quelquefois de bons résultats.

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| Vu :         | LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE, |
| LE DOYEN,    | E. ROLLET.                |
| JEAN LEPINE. |                           |

*Vu et permis d'imprimer*

LYON, le 9 Novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
A. LIRONDELLE.

## BIBLIOGRAPHIE

- BETHOUX. — Cancer sphéno-temporal. *Thèse Lyon*, 1922.
- BOUCHET. — Diagnostic des céphalées frontales. *La Médecine Internationale*, mars 1932.
- BOUCHET et SOULAS. — La céphalée du cornet moyen. *Progrès Médical*, 20 mai 1926.
- BOUDIN. — Corps étrangers de l'orbite. *Thèse Lyon*, 1900.
- BRISSAUD, PINARD, RECLUS. — Céphalée. *Pratique Médico-Chirurgicale* (tome I).
- CASTÉRAN. — Le syndrome de la fente sphénoïdale. *Thèse Paris*, 1926.
- CAUVY et MÉNARD. — La douleur aux eaux minérales. *Rapport présenté à la session de la Société d'Hydrologie et de Climatologie de Toulouse*, 26 août 1931.
- CHARPENTIER. — Disposition anatomique des nerfs de l'orbite au niveau du sinus caverneux. *Progrès Médical*, octobre 1889.
- CLOMESNIL (de). — Tumeur de l'orbite. *Thèse Paris*, 1903.
- DEBERGUE. — Syndrome cancéreux de l'apex orbitaire. *Thèse Lyon*, 1931.
- DÉJEAN (Charles). — Les syndromes paralytiques du sommet de l'orbite. *Archives d'Ophthalmologie*, novembre 1927, p. 657.
- Deux cas d'ophtalmoplégie sensitivo-motrice totale unilatérale. *Société Française d'Ophthalmologie*, mai 1927.
- DESPEIGNES et MEURER. — Un cas d'ophtalmoplégie unilatérale totale à la suite d'un traumatisme de la portion externe du rebord orbitaire supérieur de l'œil gauche. *Province Médicale*, 1890, p. 400.

- DUVAL (Mathias). — Précis de physiologie.
- FOIX (Charles). — Le syndrome de la paroi externe du sinus caverneux. *Société de Neurologie*, 2-3 juin 1922.
- GARNIER. — Du syndrome de l'apex orbitaire d'origine traumatique. *Thèse Lyon*, 1927.
- GRAIN. — La céphalée du cornet moyen. *Revue Médicale*, n° 2, 1929.
- HALPHEN, MONBRUN, TOURNAY. — Les céphalées en oto-neuro-ophtalmologie. *Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie*, mars 1929.
- HÉDON. — Précis de physiologie.
- LAPERSONNE (de). — Paralysies traumatiques des muscles de l'œil d'origine orbitaire. *Académie de Médecine*, 26 mai 1903.
- LE MERDY. — Contribution à l'étude des paralysies oculo-motrices d'origine orbitaire. *Thèse Paris*, 1917.
- LYON (Gaston). — Céphalées. *Clinique Thérapeutique*.
- METTETAL. — Du syndrome syphilitique de l'apex orbitaire. *Thèse Lyon*, 1927.
- NORDMANN et METZGER. — Syndrome partiel de la fente sphénoïdale avec papillite œdémateuse. *Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie*, février 1929.
- PAVIOT. — Céphalée musculaire, cellulite douloureuse. *Journal de Médecine de Lyon* du 20 janvier 1928.
- PLICHON. — Syndrome de la fente sphénoïdale. *Thèse Paris*, 1924.
- ROCHON-DUVIGNEAUD. — Quelques cas de paralysie de tous les nerfs orbitaires d'origine syphilitique. *Archives d'Ophtalmologie*, décembre 1896, p. 746.
- ROGER (Henri). — La céphalée des syndromes de la fente sphénoïdale et de l'apex orbitaire. *Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie*, octobre 1929.
- ROGER, AUBARET, SIMÉON. — Syndrome de l'apex orbitaire par métastase révélatrice d'un néoplasme rénal. *Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie*, janvier 1929.
- ROLLET (E.) et COLRAT. — Syndrome de l'apex orbitaire. *Société ophtalmologique de Lyon*, décembre 1926.
- ROLLET (E.). — Syndrome de la fente sphénoïdale. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mars 1927.

- ROLLET (J.). — Syndrome de l'apex orbitaire d'origine néoplasique. *Lyon Médical*, 5 avril 1931.
- ROUVIÈRE. — Anatomie humaine.
- SARGNON. — Les céphalées d'origine nasale. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1930.
- SAUVINEAU. — Pathogénie et diagnostic des ophtalmoplégies. *Thèse Paris*, 1892.
- SAVY. — Céphalées. *Précis de pratique médicale*.
- TERRIEN. — Paralysie des muscles de l'œil par des corps vulnérants de l'orbite. *Archives d'Ophtalmologie*, janvier 1911.
- Ophtalmoplégies traumatiques. *Archives d'Ophtalmologie*, 1922, p. 74.
- VILLEMONT DE LA CLERGERIE. — Ophtalmoplégie sensitivo-motrice totale de l'œil droit avec cécité. *Archives d'Ophtalmologie*, 1909, p. 623 .



## TABLE DES MATIERES

|                                                                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION. . . . .                                                                                                                  | 9  |
| <i>Chapitre I<sup>er</sup>. — Le syndrome de l'apex orbitaire. Son<br/>    étiologie. . . . .</i>                                      | 11 |
| <i>Chapitre II. — Anatomie de l'apex orbitaire. . . . .</i>                                                                            | 17 |
| <i>Chapitre III. — La céphalée. Définition et mécanisme</i>                                                                            | 25 |
| <i>Chapitre IV. — Caractères de la céphalée dans le<br/>    syndrome de l'apex ordinaire . . . . .</i>                                 | 31 |
| <i>Chapitre V. — Valeur de la céphalée dans le diag-<br/>    nostic positif et différentiel du syndrome de<br/>    l'apex. . . . .</i> | 41 |
| <i>Chapitre VI. — Valeur de la céphalée dans le diag-<br/>    nostic étiologique du syndrome de l'apex. . . . .</i>                    | 51 |
| <i>Chapitre VII. — Indications thérapeutiques . . . . .</i>                                                                            | 57 |
| OBSERVATIONS. . . . .                                                                                                                  | 63 |
| CONCLUSIONS. . . . .                                                                                                                   | 73 |
| BIBLIOGRAPHIE. . . . .                                                                                                                 | 75 |



**BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU**

°° °° IMPRIMEURS - ÉDITEURS °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°





